



## FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE POUR LE CAMP GOT2GO DE 2017

**Cette section doit être remplie par le parent ou le tuteur légal**

Nom du Campeur: \_\_\_\_\_

Nom du prestataire de soins médicaux: \_\_\_\_\_

N° de téléphone du prestataire de soins: \_\_\_\_\_

Courriel du prestataire de soins (le cas échéant): \_\_\_\_\_

**Cette section doit être remplie par le prestataire de soins**

Date de la plus récente évaluation clinique: \_\_\_\_\_

Date du diagnostic de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse: \_\_\_\_\_

Je comprends que la personne susmentionnée souhaite participer à un camp d'été d'une semaine pour les jeunes atteints de la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse. Le camp d'été se déroulera soit du 24 au 29 juillet à Easter Seals Camp Horizon, en Alberta, soit du 14 au 19 août 2016 à Brigadoon Village, en Nouvelle-Écosse. Une équipe médicale sera sur place et sur appel 24 heures sur 24 pour offrir des soins de base pendant la durée du Camp.

Je comprends que ce programme offrira à la personne susmentionnée l'occasion de participer à des activités **supervisées** qui pourraient comprendre notamment la natation, le tir à l'arc, le canotage et le kayak.

Selon mon opinion médicale, je crois que ce demandeur

**PEUT PARTICIPER** au Camp Got2Go

**NE PEUT PAS PARTICIPER** au Camp Got2Go

Commentaires/Limitations/Restrictions :

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_